Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau
Direktor: Prof. Dr. L. Fraenkel

Der Heilungsverlauf
der
Fälle von Kaiserschnitt-Operationen
an der
Univ.-Frauenklinik Breslau

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
bei der Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

Vorgelegt von
Franz Katschrowski

Breslau 1926

Gedruckt mit Genehmigung
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

Berichterstatter: Professor Dr. L. Fraenkel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

In der Zeit vom 1. 3. 1923 bis 31. 12. 1925 sind an der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau 71 Frauen durch die Kaiserschnitt-Operation entbunden worden. Es sollen hier gegenübergestellt werden die Resultate der transperitonealen Operation denen der extraperitonealen.

Zu den Fällen von extraperitonealer Operation rechne ich auch jene Fälle hinzu, bei denen extraperitoneal begonnen worden war, dann aber, infolge von Einrissen, starken Verwachsungen, Indikationen zur rascheren Beendigung der Operation von Seiten des Kindes, Nichtfindens der Umschlagfalte etc. transperitoneal weiter operiert werden mußte, deshalb, weil man es bei der transperitonealen Operation mit einer glatten Schnittwunde zu tun hat, während die aufgewühlte Wunde des extraperitonealen Kaiserschnitts eine schlechtere Heilungstendenz zeigt und einer eventuellen Infektion eine leichtere Einnistungsmöglichkeit bietet. (Ueber die Indikationen, Operationsarten etc. zu beiden Operationsmethoden siehe Meißner, Diss. 1926).

So fallen von diesen 71 Sectionsfällen 45 auf die transperitoneale und 26 auf die extraperitoneale Operationsmethode.

Mortalität der Kaiserschnitt-Operationen

a) Mütterliche Mortalität: 2 Fälle = 2,8 Prozent.

I. bei extraperitonealer Operation: 0

II. bei transperitonealer Operation: 2

1. A. E. † am selben Tag: Kontraktionsring, der Uterus ist während der Operation im Bereich der vorderen Hälfte der Scheide abgerissen, ein zweiter Riß befindet sich im Parametrium, starke Blutung.

2. E. St. † am 10. Tag: An dekompensierter Mitralinsuffizienz.

b) Kindliche Mortalität: 6 Fälle = 8,5 Prozent.

I. bei extraperitonealer Operation: 2 Fälle = 2,8 Prozent.

1. † während der Operation, Hydrocephalus.
2. † nach einer Stunde, trotz Wiederbelebungsversuchen, nur selten Atembewegung.

II. bei transperitonealer Operation: 4 Fälle = 5,6 Prozent.

1. † nach 8 Stunden, (Mens VIII), alle Zeichen der Unreife.
2. † nach kurzer Zeit, Hernia diaphragmatica dextra.
3. Totgeburt (Eklampsie, Mens VIII), nicht völlig ausgetragen
4. Totgeburt, Ursache unbekannt.

Bei den Operierten war der Heilungsverlauf:

nach extraperitonealer Operation:

glatt bei 15 Frauen,

nicht glatt bei 11 Frauen,

nach transperitonealer Operation:
glatt bei 32 Frauen,
nicht glatt bei 11 Frauen.

Zu den glatt verlaufenen Heilungen sind auch die Fälle zu rechnen, bei denen es z. B. zu einer kleinen kurzen, den Wundheilungsverlauf nicht beeinflussenden Nahteiterung kam.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der geheilten Fälle in der Klinik war folgende:

nach glatt geheilter extraperitonealer Operation 24 Tage,
nach nicht glatt geheilter extraperitonealer Operation 35 Tage,
nach glatt geheilter transperitonealer Operation 19 Tage
nach nicht glatt geheilter transperitonealer Operation 37 Tage,

Eine Uebersicht über verschiedene Verlaufsarten, Komplikationen etc. mag folgende Aufstellung geben:

Heilungsverlauf:

1. vollkommen fieberfreier Wochenbettverlauf (Temperatur unter 38°): 10 Fälle = 14,1 Prozent
bei extraperitonealer Operation: 0
bei transperitonealer Operation: 10 = 14,1 Prozent
entlassen zwischen 9. und 29. Tag, durchschnittlich am 15. Tag.

———

2. Fälle mit einzelnen Fieberzacken an 1—3 Tagen, ohne besonderen Befund: 11 Fälle = 15,5 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 6 = 8,5 Prozent
entlassen zwischen 13. und 24 Tag, durchschnittlich am 17. Tag.
bei transperitonealer Operation: 5 = 7,1 Prozent.
entlassen zwischen 11. und 25. Tag, durchschnittlich am 19. Tag.

———

3. Fälle mit Fieberzacken an mehreren Tagen, ohne besonderen Befund: 7 Fälle = 9,8 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 3 Fälle = 4,2 Prozent.
entlassen zwischen 26. und 38. Tag, durchschnittlich am 30. Tag.
bei transperitonealer Operation: 4 = 5,6 Prozent.
entlassen zwischen 12. und 34. Tag, durchschnittlich am 21. Tag.

———

4. Fälle mit glatter Heilung, aber stinkenden Lochien:
1 Fall = 1,4 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 0
bei transperitonealer Operation: 1 = 1,4 Prozent.
entlassen am 24. Tag.

———

5. Fälle mit glatter Heilung, aber Nephrose, Pyelitis, Thrombose, Bronchitis, Cystitis, Sepsis, Pneumonie, Pleuritis, Furunkeln: 16 Fälle = 22,6 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 6 = 8,5 Prozent.
entlassen zwischen 13. und 68. Tag, durchschnittlich am 29. Tag.
bei transperitonealer Operation: 10 = 14,1 Prozent.
entlassen zwischen 14. und 30. Tag, durchschnittlich am 23. Tag.

———

6. Fälle mit glatter Heilung, aber eklamptischen Anfällen (mit Eklampsie eingeliefert): 2 Fälle = 2,8 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 0
bei transperitonealer Operation 2 = 2,8 Prozent.
entlassen zwischen 17. und 27. Tag, durchschnittlich am 22. Tag.

---

7. Fälle mit oberflächlicher Nahteiterung (Stichkanaleiterung, Fasciennekrose, Hämatom): 7 Fälle = 9,9 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 5 = 7,1 Prozent.
entlassen zwischen 18. und 32. Tag, durchschnittlich am 26. Tag.
bei transperitonealer Operation: 2 = 2,8 Prozent.
entlassen am 26. und 27. Tag.

---

8. Fälle mit Nahteiterung, Wundeiterung, Hämatom und Komplikationen wie: Schüttelfrost, Cystitis, Pneumonie, Pleuritis, Bronchitis, Rheumatismus, Nephrose, Paranephritischer Abseß: 13 Fälle = 18 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 4 = 5,6 Prozent.
entlassen zwischen 30. und 86. Tag, durchschnittlich am 53. Tag
bei transperitonealer Operation: 9 = 12,7 Prozent.
entlassen zwischen 23. und 80 Tag, durchschnittlich am 39. Tag.

---

9. Fälle mit schwerer Eiterung und stinkenden Lochien:
1 Fall = 1,4 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 1 = 1,4 Prozent.
entlassen am 32. Tag.
bei transperitonealer Operation: 0.

---

10. Fälle mit Blasenfistel: 1 Fall = 1,4 Prozent.
bei extraperitonealer Operation: 1 = 1,4 Prozent.
entlassen am 32. Tag.
bei transperitonealer Operation: 0

Anschließend seien 4 Fälle kurz beschrieben, bei denen Cuprocollargol therapeutisch zur Anwendung kam und 2 Fälle, die mit Eklampsie eingeliefert waren.

Cuprocollargol = Präparat Heyden Nr. 324 ist eine Kombination von elektrocolloidalem Silber und Kupfer (ca. 0,03 Proz. Ag. und 0,01 Proz. Cu.). Der Kombination von elektrocolloidalen Metallen soll eine raschere und präzisere therapeutische Wirkung zukommen, weil das unedlere Metall, aktiviert in dieser Mischung durch das edlere, mit letzterem eine potenzierte Wirkung entfaltet. Die therapeutische Wirkung besteht in einem Reiz auf den Organismus, der eine Leistungssteigerung der Zellkomplexe herbeiführt, also die Naturkräfte des Körpers in der Abwehr unterstützt.

1. Fall: P. K. V. para, 37 Jahre alt.
Sectio transperitonealis am 2. 2. 1925.

1. Tag: Abends Temperatur 38,1, keine Beschwerden.
5. Tag: Temp. bis 38,5, keine Beschwerden, aus dem unteren Wundwinkel ergießt sich seröse Flüssigkeit.

15. Tag: Starke Schmerzen in der Appendixgegend, hier findet sich eine Druckempfindlichkeit.

18. Tag: Meteorismus und Druckempfindlichkeit des Abdomens, Durchfälle, Leibwärmer, Tannalbin, Lichtbogen.

21. Tag: Die Durchfälle sind geschwunden.

22. Tag: Pleurapunktion, da über der linken unteren Lunge alle Zeichen einer Pleuritis exsudativa vorhanden sind. Es werden ca. 90 ccm einer gelbgrünlichen Flüssigkeit gewonnen; wegen des Meteorismus Punktion des Abdomens: 20 ccm seröse Flüssigkeit werden gewonnen: Bakteriologisch = Originaldetritus: grampositive Kokken, kulturell Streptococcus haemolyticus.

23. Tag: Immer noch Meteorismus, nirgends Défense musculaire, links handbreit über der Crista nach hinten zur Nierengegend gerötete druckempfindliche Vorwölbung ohne Fluktuation. Hier in Narkose Schnitt: Haut, Fettgewebe und Muskel sind ödematös durchtränkt, nirgends Eiter, nur an einer Stelle der Nierengegend etwas rötliches, eitriges Serum (Pleura), die Wunde wird daher primär genäht; Morphium, Kampfer, Coffein, Strophantin, Lichtbogen.

25. Tag: Der Leib ist noch dick aufgetrieben, Tympanie, kein Erbrechen, kein Singultus, keinerlei peritonitische Reizungserscheinungen.

26. Tag: Unterhalb der linken Scapula ist gedämpfter Klopfschall vorhanden. Hier werden durch Punktion 100 ccm einer gelbgrünlichen Flüssigkeit gewonnen. Excitantien, Lichtbogen.

28. Tag: Temp. bis 38,4. Natrium salicylicum, Diuretin, Verodigen.

31. Tag: Temp. 37,2. Puls 78. Wohlbefinden; die Operationswunde eitert, wird zum größten Teil geöffnet; Nekrose von Muskel und Fascie; Kampferweintamponade.

34. Tag: Schüttelfrost 30 Minuten lang, die Temp. steigt bis 39.6. Es werden 10 ccm Cuprocollargol intravenös gegeben, Coffein.

35. Tag: Wegen Retention wird vaginale Inzision vorgenommen, nochmals 10 ccm Cuprocollargol intervenös. Temp. 37,7. Wohlbefinden.

38. Tag: Temp. bis 38,2. Ueber beiden Lungen, besonders links, bronchopneumonische Herde; gute Wundgranulation, kein Eiter.

46. Tag: Der Leib ist bedeutend dünner geworden, die Temperatur hat einen sepsisähnlichen Typus, ist aber nicht hoch, es besteht eine Cystitis.

54. Tag: Eine Probepunktion der linken Pleurahöhle ergibt Eiter; es wird konversative Behandlung vorgeschlagen. Temp. 36 bis 37,8, das subjektive Befinden ist auffallend gut.

59. Tag: Das Empyem ist anscheinend abgekapselt. Die Wunde zeigt schlaffe Granulation, ist gut gereinigt, von den Rändern her beginnende Epithelialisierung.

Nach Behandlung des Empyems Entlassung am 80. Tag.

2. Fall: M. W., II. para, 34 Jahre alt.
Sectio transperitoneales am 30. 10. 1925.

Das Fruchtwasser ist sehr übelriechend.

1. Tag: Temperatur 38,4, 15 Minuten Schüttelfrost, die Temp. steigt bis 40,4. Es werden 20 ccm Cuprocollargol intravenös gegeben, Liquitalis, Adrenalin 0,1 zweistündlich, Seccacornin.
2. Tag: Temp. 37,6—38,2.
4. Tag: Temp. 37,5—38,8.
6. Tag: Temp. 37,2—38,5.
9. Tag: Temp. 36,6—37,2.
11. Tag: Temp. normal, Befinden gut.
23. Tag: Entlassung.

---

3. Fall: M. F., I. para, 27 Jahre alt.
Sectio extraperitonealis am 1. 10. 1925.

4. Tag: Temp. zwischen 37,8 und 39, es bestehen Wundschmerzen, der Leib ist weich.
5. Tag: Temp. zwischen 38,5 und 39,2, Puls 124: Die Wunde sieht gut aus, Blasengegend und Vulva sind stark ödematös. 15 ccm Cuprocollargol intravenös, Kampfer, Digalen.
6. Tag: Temp. zwischen 38 und 38,8, Puls 132. Der Leib ist stark druckempfindlich, aus der Wunde entleeren sich erhebliche Mengen dünnen stinkenden Eiters. Jodoformgazetampon, Kampfer, Adrenalin. Von der Wunde aus führt ein Gang unter der Haut bis in die rechte Flanke, aus demselben entleert sich dickflüssiger Eiter.
12. Tag: Temp. zwischen 38,2 und 39,2; es hat sich rechts ein paranephritischer Absceß entwickelt. Die z. T. aufgegangene Operationswunde sieht gut aus.
13. Tag: In Aethernarkose Eröffnung des Abscesses: Es entleert sich ½ Liter Eiter.
15. Tag: Aus der Inzisionswunde entleert sich noch Eiter, aus dem Gang unter der Haut nicht mehr.
26. Tag: Die Inzisionswunde beginnt sich zu schließen.
50. Tag: Entlassung.

---

4. Fall: F. S., 28 Jahre alt.
Sectio extraperitonealis am 9. 12. 1925.

Als der Uterus eröffnet werden soll, reißt die Cervix ein: Kampfer, Injektion von 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung.

1. Tag: Temp. zwischen 37,8 und 38,4. Es bestehen starke Nachwehen. Digipuratum, Supersan, Adrenalin, Brust-Prießnitz.
5. Tag: Temp. zwischen 37,4 und 38,8. Pat. hat eine leichte Bronchitis; Expectorantien.
8. Tag: Die Operationswunde ist glatt geheilt.
11. Tag: Die Temp. schwankt zwischen 38,8 und 39,5. Es hat sich eine Thrombose des linken Beines ausgebildet. Sonst bestehen keine Beschwerden, die Lunge ist fast frei. Thermophor, Lichtbogen, Omnadin.

22. Tag: Temp. zwischen 38,4 und 39. Urin ist frei.
24. Tag: Die Thrombose hat auch das rechte Bein ergriffen.
30. Tag: Die Thrombose der Beine bildet sich zurück, die Temp. beträgt 37,3.
31. Tag: Temp. zwischen 37,3 und 39,7. Ueber der rechten Lunge, besonders dem Unterlappen, sind Dämpfung und abgeschwächtes Atemgeräusch vorhanden, der Puls ist weich, es bestehen Cyanose und starke stechende Seitenschmerzen. Natrium salicylicum. Digipuratum. Mixtura solvens. Brustprießnitz.
33. Tag: Temp. zwischen 39,7 und 39,9. Puls 128. Die Beschwerden halten an. Es besteht Verdacht auf septische Lungenembolie.
35. Tag: Temp. 38,8, Puls 108. Pat. ist sehr blaß und leicht cyanotisch. Auswurf besteht nicht.
38. Tag: Temp. 39. Die Brustbeschwerden gehen zurück. 10 ccm Cuprocollargol intravenös.
41. Tag: Temp. um 38 herum, Puls 120. In der linken Brustseite bestehen ähnliche Beschwerden wie in der rechten.
42. Tag: Bluttransfusion: Es werden 450 ccm Citratblut injiziert, die reaktionslos vertragen werden.
43. Tag: Temp. zwischen 37,5 und 38,8.
44. Tag: Temp. 37,5. Pat. fühlt sich wohler, die Beschwerden in der linken Brustseite klingen ab.
46. Tag: Temp. zwischen 37,3 und 37,6. Die Dämpfung über der rechten Lunge ist fast geschwunden, links ist sie noch vorhanden. Die Oberschenkelvene in der rechten Inguinalgegend ist als derber schmerzhafter Strang durchzutasten. Lichtbogen, feuchter Umschlag.
54. Tag: Pat. ist vollkommen fieberfrei.
64. Tag: Pat. geht umher.
68. Tag: Entlassung.

Zwei Fälle, die mit Eklampsie eingeliefert worden waren:

1. Fall: B. F., 2. para, 35 Jahre alt.
Sectio transperitonealis am 9. 4. 1924.

Pat. ist mit Eklampsie eingeliefert worden. Supersan, Seccacornin, Euphyllin.

1. Tag: Das Bewußtsein ist klarer, kein Anfall. Temp 37,4, Puls 120. Der Blutdruck beträgt 140 R. R. Urinmenge 100 ccm, Euphyllin.
2. Tag: Das Befinden ist gut. Pat. ist völlig klar, Urinmenge 1230, Albumen: +, Temp. bis 38,5.
6. Tag: Außer zeitweiligen Kopfschmerzen bestehen keine Beschwerden.
17. Tag: Guter Allgemeinzustand, nur zeitweise starker Kopfschmerz. Urin fast frei, Puls und Temperatur sind normal. Die Operationswunde ist gut geheilt.
21. Tag: Ein eklamptischer Anfall.

27. Tag: Entlassung.

---

2. Fall: A. P., 1. para, 23 Jahre alt.

Sectio transperitonealis am 18. 10. 1923.

Vorher 7 Anfälle, Albumen: 2 Prozent, Blutdruck = 140 R. R. nach der Operation ein Anfall, zweistündlich Coffein.

1. Tag: 3 kurze Anfälle, Puls 150, unregelmäßig. Pat. ist sehr unruhig, läßt unter sich. Aderlaß von 40 ccm; dreimal 0,01 Yohimbin subkutan, danach beträgt der Blutdruck 100 R. R. Die Unruhe hat etwas nachgelassen. Nachmittags reagiert Pat. einmal auf Anruf, abends ist die Besinnung wiedergekehrt. Pat. erhält schluckweise Milch und salzfreie Kost.
2. Tag: Morgentemperatur 36,2, Puls 132. Es besteht keine motorische Unruhe mehr. Pat. ist noch völlig desorientiert, wird allmählich klarer, Schmerzen im Leib. 200 ccm Urin werden spontan gelassen.
3. Tag: Temp. um 38, Puls 130. Pat. ist ruhiger und besonnener geworden, Urinmenge 1200, Esbach: 0,1 Prozent. Beginnender Herpes labialis.
4. Tag: Das Sensorium ist frei.
5. Tag: Temp. 37,5, Puls 100. Urinmenge 1200. Der Herpes und die Bißwunde am linken Zungenrande bereiten große Beschwerden. Appetit und Schlaf sind gut. Gegen die Kopfschmerzen wird Pyramidon gegeben.
7. Tag: Temp. normal, die Operationswunde ist reaktionslos geheilt, Wohlbefinden bis auf die Kopfschmerzen.
9. Tag: Pat. steht auf, bekommt jetzt wieder etwas Salz ins Essen. Gegen die starke Milchsekretion werden 2 ccm Kampfer intramuskulär verabfolgt.
17. Tag: Entlassung.

Die Zahl der apnoischen, asphyktischen Kinder ist bei dem extraperitonealen Kaiserschnitt größer als beim transperitonealen und zwar waren:

beim extraperitonealen 13 Kinder = 50% } apnoisch, asphyktisch
beim tranperitonealen 12 Kinder = 26,6% }

Diese hohe Zahl der, wenn auch zum Teil nur leicht asphyktischen Kinder beim extraperitonealen Kaiserschnitt kann aber nicht in der evtl. längeren Operationszeit gesucht werden, da diese durchschnittlich nur um 2—5 Minuten mehr beträgt als die transperitoneale Operation. Eine bestimmte Ursache läßt sich nicht ersehen, denn weder die Aethernarkose noch die Lokalanästhesie etc. lassen ganz deutliche Ergebnisse erkennen:

Betäubungsart		asphyktische Kinder
Aether	35 mal angewendet	20
Narcylen	2 „ „	1
Lokalanästhesie	10 „ „	4
Lumbal-Anästhesie	6 „ „	0

Ueber die drei letzten Betäubungsarten kann man sich wegen ihrer seltenen Anwendung wohl kaum ein Bild inbezug auf die Asphyxie erlauben. Eine Nachfrage in dieser Beziehung hat ergeben, daß in der letzten Zeit die Zahl der Kinder, die nach der Geburt sofort geschrien haben, bei Operationen in Lokal- und Lumbalanästhesie bedeutend größer ist als bei Operationen in Narkose. Auch der Nachweis der vorangegangenen Operationsdauer bei asphyktischen Kindern oder deren vermindertes Gewicht gegenüber dem der anderen Kinder läßt sich nicht erbringen.

Sämtliche Kinder wurden mit Muttermilch genährt, wo es sich als nötig erwies, wurden etwas Tee und holländische Kindermilch zugegeben. Ihr Anfangsgewicht erreichten die Kinder durchschnittlich nach 13 Tagen, ernsthafte Störungen der Gesundheit sind nicht vorgekommen.

Durch nachträglich bei 20 in Breslau wohnhaften Frauen gemachte Besuche ließ sich zum allergrößten Teile ein Wohlergehen von Mutter und Kind feststellen. 2 Kinder waren an unbekannter Ursache gestorben, 1 Frau leidet augenblicklich an einer leichten Endometritis, eine andere (geheilte Blasenfistel) hat noch etwas Blasenbeschwerden.

Was die mütterliche Mortalität anbetrifft, muß man den 2. Fall (Uterus während der Operation an der vorderen Scheidenhälfte abgerissen etc.) wohl der Operationstechnik zuschieben, obwohl es wahrscheinlich bald zu einer Spontanruptur gekommen wäre.

Von den Fällen von Kindestod kann nur der eine (I. 2) mit der extraperitonealen Methode zusammenhängen insofern, als bei dieser Operation (die Umschlagfalte wird nicht gefunden, weshalb transperitoneal weitergearbeitet wird) die Dauer auf 100 Minuten sich erstreckte.

Zusammenfassend kann man sagen, daß das Resultat der 71 Kaiserschnitt-Operationen bei einer mütterlichen Mortalität von 2,8 Prozent gut ist. Hiervon ließe sich noch der Todesfall bei dem dekompensierten Herzfehler abziehen, so daß die Mortalität auf 1,4 Prozent gefallen ist. Die kindliche Mortalität beträgt nach Abzug der nicht ausgetragenen und nicht lebensfähigen Kinder 2,8 Prozent. Beide Operationsmethoden zeitigten einen im ganzen gleich guten Heilungsverlauf. Was speziell die glatte ungestörte Wundheilung betrifft, so ist sie bei dem transperitonealen Kaiserschnitt besser und zwar beträgt sie:

bei glatt geheilter transperitonealer Operation: 19 Tage
„ „ „ extraperitonealer „ 24

Demnach ist bei unkomplizierten Fällen der transperitoneale Kaiserschnitt dem extraperitonealen vorzuziehen, da er (bei gleichartigen Situationen) den glatten Heilungsverlauf um 5 Tage verkürzt.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Fraenkel für die Stellung des Themas und für die Ratschläge zur Ausführung desselben zu danken.

Literatur.

1. Herschan: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1923. (Bd. 63).
2. Ders: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1925. Nr. 11.
3. C. Froemsdorff: Ueber den Scheintod der Neugeborenen. (Diss. 1918 Breslau).
4. A. Reuß: Klin. Wochenschrift Jg. I. Nr. 49, 1922.
5. K. Hellmuth: Klin. Wochenschrift Jg. I. Nr. 41, 1922.
6. H. Dencker: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1921 (Bd. 55).

Lebenslauf.

Am 1. Januar 1900 bin ich, Franz Katschrowski, preußischer Staatsangehöriger, als Sohn des Seminarlehrers Hugo Katschrowski in Berent (Westpreußen) geboren; bin katholisch. In Deutsch-Krone und Sullenschin Wpr. besuchte ich die Volksschule und erhielt von meinem Vater Vorbereitungsunterricht fürs Gymnasium. Ostern 1912 trat ich in die Quarta des Progymnasiums zu Berent ein, besuchte dann von Untertertia ab das Gymnasium zu Strasburg Westpr., wo ich am 13. Juni 1918 das Notabiturium machte. Von August bis Dezember 1918 war ich beim Feldartillerie-Regt. 71 zu Graudenz eingezogen. Ostern 1919 besuchte ich die Universität in Königsberg i. Pr., dann in Breslau und bestand hier im S. S. 1921 die ärztliche Vorprüfung. Im W. S. 1921/22 war ich in München, dann wieder in Breslau und bestand im Juni 1924 das ärztliche Staatsexamen. Das praktische Jahr leistete ich in der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik in Breslau ab, und bin seit meiner Approbation vom 1. August 1925 Volontärarzt an der Medizinischen Universitäts-Klinik in Breslau.

Buchdruckerei Leopold Freund, Breslau, Herrenstr. 29-30